

Visitez wsib.ca/fr/soumettre pour soumettre le présent formulaire et les documents à l'appui.

Bureau	Numéro d'attribution
--------	----------------------

Nom du travailleur	Numéro de référence du travailleur	Date de la lésion ou de l'accident initial (jj/mmm/aaaa)
Employeur au moment de l'accident	Lésion	Date de la récurrence ou nouvelle lésion (jj/mmm/aaaa)

1. a) Décrivez à quoi le travailleur attribue la récurrence?	b) Date de la déclaration (jj/mmm/aaaa)
--	---

2. a) Le travailleur a-t-il obtenu des soins de santé pour cette récurrence?	Oui Non	Si oui , quand? (jj/mmm/aaaa)	b) Quand avez-vous appris que le travailleur avait reçu des soins de santé? (jj/mmm/aaaa)
c) Où le travailleur a-t-il été traité pour cette récurrence?		Soins sur place	Service des urgences
		Cabinet d'un professionnel de la santé	Clinique
			Autre
Nom/emplacement du professionnel de la santé ou de l'établissement de soins			

3. Connaissez-vous des facteurs ou d'autres troubles, à part la lésion professionnelle initiale, qui auraient pu contribuer à la récurrence du travailleur?	Oui	Non	Si oui , fournissez des précisions ici. ou Observations jointes
---	-----	-----	---

4. Du _____ au _____, le travailleur a-t-il accompli ses tâches régulières?	Oui	Non
Si non , décrivez les tâches accomplies.		

5. Entre le _____ et le _____, le travailleur a-t-il déclaré à quelqu'un au travail ou a-t-il discuté de tout trouble persistant relié à cet état pathologique?	Oui	Non
Si oui , fournissez les noms et titres.		

6. Entre le _____ et le _____, le travailleur a-t-il obtenu des soins pour cet état pathologique?	Oui	Non	Ne sait pas
Si oui , de qui ou à quel endroit?			
Chiropraticien	Médecin	Physiothérapeute	Infirmière autorisée (catégorie avancée)
			Hôpital
			Autre (précisez)

7. Entre le _____ et le _____, le travailleur s'est-il absenté du travail en raison de cet état?	Oui	Non
Si oui , précisez les dates.		

8. Cochez l'un des énoncés suivants. En raison de cette récurrence ou nouvelle lésion, le travailleur :			
est retourné à son emploi régulier et n'a pas interrompu son travail ni perdu de gains (remplissez seulement la page 1).			
a accompli un travail modifié et n'a pas interrompu son travail ni perdu de gains (remplissez seulement la page 1).			
a interrompu son travail ou perdu des gains (remplissez les pages 1 et 2).			
<input type="checkbox"/> Date de la première interruption de travail ou perte de gains (jj/mmm/aaaa)		<input type="checkbox"/> Date de retour au travail du travailleur (si connue) (jj/mmm/aaaa)	<input type="checkbox"/> travail régulier <input type="checkbox"/> travail modifié

9. Ces renseignements sur l'interruption de travail ou le travail modifié sont confirmés par	Téléphone	Poste
Moi		
Autre (nom)		

Commet une infraction quiconque fait délibérément des déclarations fausses à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail. Je déclare que tous les renseignements fournis aux pages 1 et 2 sont véridiques.

Nom de la personne ayant rempli ce formulaire	Titre officiel
Signature (à imprimer, signer et retourner à la WSIB ou à téléverser)	Téléphone
	Poste
	Date (jj/mmm/aaaa)

Cochez cette case si vous remplissez et soumettez ce formulaire par voie électronique. Cela constitue votre signature. Vous devez indiquer votre nom et la date ci-dessus.

Envoyez un courriel à accessibilite@wsib.on.ca si vous avez besoin d'un autre format ou d'adaptations.

Visitez wsib.ca/fr/soumettre pour soumettre le présent formulaire et les documents à l'appui.

Déclarez les gains du travailleur au moment de la récidence.

Nom du travailleur	Date de la lésion ou de l'accident initial (DDA) (jj/mmm/aaaa)	Date de la récidence ou nouvelle lésion (jj/mmm/aaaa)
--------------------	--	---

1. Taux salarial régulier _____ \$ l'heure par jour par semaine autre _____

2. Montant ou code de demande nette
Fédéral _____ Provincial _____

3. La paie de vacances est-elle incluse dans chaque chèque? Oui Non Indiquez le pourcentage _____ %

4. Heures de travail réelles le dernier jour de travail
De _____ AM PM À _____ AM PM

5. Heures normales de travail au dernier jour de travail
De _____ AM PM À _____ AM PM

6. Gains réels au dernier jour de travail _____ \$

7. Gains normaux au dernier jour de travail _____ \$

8. Avances sur salaire - Le travailleur est-il payé pendant son rétablissement? Oui Non

Si oui précisez :
Plein/régulier ➔ Payé par Employeur Tiers/régime d'assurance
Autre

Si le travailleur est payé par un tiers/régime d'assurance, fournissez :
Nom Téléphone

9. Autres gains (sauf le salaire régulier) : Fournissez le **total des gains supplémentaires** pour chacune des quatre semaines précédant la récidence ou la nouvelle lésion.

Pour les travailleurs de quarts rotatifs : si le cycle de quarts de travail dépasse quatre semaines, joignez les renseignements sur les gains du dernier cycle avant la date de la récidence ou de la nouvelle lésion.

Utilisez ces cases pour indiquer tous les autres gains (primes, pourboires, etc.).

Période	Du (jj/mm/aa)	Au (jj/mm/aa)	Heures supplémentaires obligatoires	Heures supplémentaires volontaires				
Semaine 1			\$	\$	\$	\$	\$	\$
Semaine 2			\$	\$	\$	\$	\$	\$
Semaine 3			\$	\$	\$	\$	\$	\$
Semaine 4			\$	\$	\$	\$	\$	\$

Commissions ou primes de rendement :

Salaire hebdomadaire - Le travailleur a-t-il reçu un paiement au cours des quatre semaines précédant l'interruption de travail? Oui Non Si oui, quelle est la moyenne brute hebdomadaire? _____ \$

Salaire mensuel - Le travailleur a-t-il reçu un paiement au cours des trois mois précédant l'interruption de travail? Oui Non Si oui, quelle est la moyenne brute mensuelle? _____ \$

Le travailleur a-t-il reçu des paiements tenant lieu de prestations? Oui Non Si oui, quel est le pourcentage? _____ %

10. Horaire de travail (remplissez A, B ou C. **N'indiquez pas** les heures supplémentaires.)

(A) Horaire régulier - Indiquez les heures et jours de travail normaux.

Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi

Exemple

D	L	M	M	J	V	S
8	8	8	8	8	8	

(B) Quarts rotatifs répétés - Indiquez :

NOMBRE DE JOURS DE TRAVAIL _____ NOMBRE DE JOURS DE CONGÉS _____ NOMBRE D'HEURES PAR QUART _____ NOMBRE DE SEMAINES PAR CYCLE _____

Exemple : 4 jours de travail, 4 jours de congé, 12 heures par quart, cycle de 8 semaines.

(C) Horaire variable ou irrégulier - Fournissez le total des heures régulières et des quarts de travail de chaque semaine pour les quatre semaines précédant la récidence ou la nouvelle lésion. (N'indiquez pas les heures et quarts supplémentaires.)

	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4
Du/Au (jj/mm/aa)				
Total des heures de travail				
Total des quarts de travail				

Nom _____ Signature (à imprimer, signer et retourner à la WSIB ou à téléverser) _____ Date (jj/mmm/aaaa) _____

Cochez cette case si vous remplissez et soumettez ce formulaire par voie électronique. Cela constitue votre signature. Vous devez indiquer votre nom et la date ci-dessus.

Envoyez un courriel à accessibilite@wsib.on.ca si vous avez besoin d'un autre format ou d'adaptations.